

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ANALYSE POUR LE COVID-19

FORMULAIRE A REMPLIR ET A RENVOYER AVEC L'ÉCHANTILLON A:

[indiquez ici les coordonnées de votre laboratoire]

- Les données remplies par le médecin prescripteur permettent d'évaluer l'urgence de l'analyse au laboratoire
 - Les données seront enregistrées par le laboratoire (dans le LIS).
- Ces données peuvent être demandées ultérieurement par Sciensano et l'INAMI, selon des modalités qui seront communiquées ultérieurement. Objectif : surveillance de la santé publique, gestion et évaluation de l'épidémie.
 - Les laboratoires peuvent implémenter un formulaire électronique basé sur cet exemple.

DONNÉES MINIMALES AVEC OBJECTIF REMBOURSEMENT INAMI

COORDONNÉES

Nom du laboratoire ou de l'établissement de soins (le cas échéant) :

Médecin prescripteur + n° INAMI :

Adresse du médecin : Adresse email :

Tél: Fax:

Options de réponse : Fax Email eHealthbox*

RENSEIGNEMENTS PATIENT OU STICKER

Nom :

Sexe : H F

Date de naissance :

N° registre national :

Rue + n° :

Code postal et ville :

N° tel. du patient :

N° tel. d'un contact de confiance:.....

L'INDICATION DU TEST DEMANDÉ

Cas possible du COVID-19* :

Hospitalisation/ hospitalisation de jour

Personnel de santé

(qui portent des soins/ de l'aide)

Résident d'une institution

Ambulant

Personnes ayant eu un contact à haut risque, et contact professionnel avec des personnes à risque

Screening hospitalisations/ hospitalisations de jour

Nouveau résidente d'une institution

Analyse pour validation du méthode/ accréditation

**voir site web de Sciensano*

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉCHANTILLON

Numéro d'identification :

Date de prélèvement :

ANALYSE DEMANDÉE

PCR SARS/COVID-19 : 2621 Voies respiratoires supérieures

2622 Aspiration

2620 BAL

Rajouter les données patient sur le tube !

DONNÉES CLINIQUES SUPPLÉMENTAIRES

Si hospitalisation - service : Maladies infectieuses

Soins intensifs

Urgences

Pédiatrie

En cas de symptômes:

Date de début des symptômes :

RX / CT scan suspect oui non inconnu

Pneumonie oui non

Fièvre oui non

Dyspnée oui non

Toux oui non

Autre respiratoires..... oui non

Conjonctivite oui non

Céphalées oui non

Myalgie oui non

Plaintes abdominales oui non

Autre :

Si le patient relève d'un groupe à risque :

Immunosuppression, maladie maligne oui non

Atteintes pulmonaire/cardiaque/rénale sévères chroniques oui non

Cardiovasculaire, HTA, diabètes oui non

Si le patient est un professionnel de santé et symptomatique :

Personnel soignant de l'hôpital, précisez :

Personnel soignant dans un établissement, nom :

Autre, précisez :

Si le patient est résident dans une collectivité : nom de l'établissement :